

DE LA

N° 353.

PHLÉBITE TRAUMATIQUE;

THÈSE

*Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris,
le 24 décembre 1833, pour obtenir le grade de Docteur en
médecine ;*

PAR P.-LÉON GAUDIN, de Saintes,
Département de la Charente-Inférieure;

Bachelier ès-sciences; Élève du quatrième dispensaire de la Société
Philanthropique.

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,
IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1833.

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.

MESSIEURS

Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie.	BÉRARD, Président.
Chimie médicale.....	ORFILA.
Physique médicale.	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale.....	RICHARD.
Pharmacologie.....	DEYEUX.
Hygiène.	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale.....	{ MARJOLIN.
	{ GERDY.
Pathologie médicale.....	{ DUMÉRIL.
	{ ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique médicales.....	BROUSSAIS, Examinateur.
Opérations et appareils.....	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale.....	ALIBERT.
Médecine légale.....	ADELON, Suppléant.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés.....	MOREAU.
	{ FOUQUIER.
Clinique médicale.....	{ BOUILLAUD.
	{ CHOMEL.
	{ ROSTAN, Examinateur.
	{ JULES CLOQUET.
Clinique chirurgicale.....	{ DUPUYTREN.
	{ ROUX, Examinateur.
Clinique d'accouchemens.....	

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT, DUBOIS.

Agrégés en exercice.

MESSIEURS

BAYLE.
BÉRARD (Auguste).
BLANDIN.
BOYER (Philippe), Suppléant.
BRIQUET.
BRONGNIARD.
BROUSSAIS (Casimir).
COTTEREAU, Examinateur.
DALMAS, Examinateur.
DUBLED.
GUÉRARD.

MESSIEURS

HATIN.
HOURMANN.
JOBERT.
LAUGIER.
LESDEUR.
MARTIN SOLON.
PIORRY.
REQUIN.
SANSON (ainé).
SANSON (Alphonse).
ROYER-COLLARD.
TROUSSEAU.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE.

Témoignage de respect , d'attachement , d'amour et de reconnaissance.

*Puisse-t-il trouver dans cet hommage un dédommagement de ce
qu'il a fait pour moi.*

A MON FRÈRE.

Gage de la plus sincère amitié.

A MONSIEUR LE MARQUIS DE MORTEMART,

PAIR DE FRANCE.

Hommage de respect et de reconnaissance.

L. GAUDIN.

DE LA

PHLÉBITE TRAUMATIQUE.

LA phlébite traumatique est une maladie aussi fréquente que grave, dont l'histoire date à peine de ce siècle.

Privés des lumières de l'anatomie pathologique, les médecins de l'antiquité paraissent avoir méconnu l'inflammation des veines. *Arétée* (1) est le premier et le seul médecin grec dans les écrits duquel on trouve quelque chose sur la phlegmasie des vaisseaux veineux ; encore ne fait-il que décrire quelques-uns des signes de l'inflammation de la veine cave, tels que la douleur et la chaleur dans la direction du vaisseau, et la gêne de la respiration ; aussi peut-on douter, avec *Morgagni*, s'il a jamais constaté, par l'ouverture des cadavres, l'existence de la maladie dont il décrit les phénomènes et expose les moyens curatifs. Il semble bien surprenant que cette inflammation des veines, si alarmante et si souvent mortelle, ait échappé si longtemps à l'attention des observateurs, surtout en se rappelant que

(1) De signis et causis acut., lib. II, cap. viii, p. 35. — De curat. morb. acut., lib. II, cap. vii, p. 204, ed. *Haller*.

Hippocrate piquait les varices, que *Celse* dit que toute veine nuisible doit être brûlée ou emportée avec l'instrument tranchant, qu'*Aëtius d'Amide*, *Paul d'Égine*, *Avicennes* et *Albucasis*, pratiquaient l'opération de l'incision, ainsi que *Fallope* et *Marc-Aurèle Séverin*, que les deux *Fabrice* plaçaient la partie variqueuse du vaisseau entre deux ligatures, et la vidaient par l'incision.

Après *Arétée*, il faut franchir un espace de quinze siècles pour retrouver quelques faits qui aient rapport à l'inflammation des veines. Ainsi *Ambroise Paré* (1), dans son *Traité des plaies en particulier*, parle des suites fâcheuses qu'offrit une saignée pratiquée au roi Charles IX. Ne pourrait-on pas raisonnablement les rapporter à l'inflammation des veines du bras ? Ce que *Dionis* (2) raconte des suites de la phlébotomie, ne peut-on pas le regarder comme faisant allusion à la phlegmasie des veines ? Après eux nous citerons les *Marchetti*, *Bailou*, *Molinelli*, *Bohn*, *J. Plater*, *Boerhaave*, *Van-Swiéten*, *L. Petit* (3), *Quesnay* et *Morgagni*, *Cheston* : bien qu'ils n'aient pas rapporté à leur véritable cause les accidens de la phlébite qu'ils observaient, on voit cependant, dans quelques passages de leurs ouvrages, plusieurs faits qui ont trait à la phlegmasie des tissus des veines, quoique assez fréquemment ils la confondissent avec d'autres affections qui offraient avec elle une analogie des plus grandes.

Morgagni (4) rapporte, d'après *Valsalva*, quatre observations de plaies de tête avec suppuration, suivies de collections purulentes dans les poumons, le foie. Il cite aussi un fait observé par *Massa*, d'un homme mort après une plaie de tête, dans le poumon duquel on

(1) *Ambroise Paré*, Des plaies en particulier, liv. X, chap. xli, p. 401.

(2) Cours d'opérations de chirurgie, huitième démonstration, p. 68, édit. de *La Faye*.

(3) *J.-L. Petit*, tom. I, p. 12, édit. in-12.

(4) *Morgagni*, De sedibus et causis morb., liv. LI, chap. xvii, xviii, xix et xx.

trouva une grande cavité remplie de pus , une ulcération à la surface externe de l'oreillette gauche. Sans rapporter ici les cas de phlébite locale que l'on trouve dans ses ouvrages , il est facile de voir , d'après les observations qu'il cite , qu'il avait entrevu les accidens les plus remarquables de l'inflammation des veines , c'est-à-dire le mélange du pus avec le sang.

Le célèbre médecin de Vienne, *J.-S. Frank*, s'exprime en des termes qui nous prouvent qu'il avait reconnu les lésions causées par l'inflammation des veines : il ajoute même qu'il est le premier qui ait observé dans la fièvre inflammatoire une phlegmasie vasculaire. « Nous avons découvert, dit-il (1), pour la première fois, il y a six ans (c'est-à-dire en 1786), dans les fièvres inflammatoires violentes , avec agitation extrême du cœur et des artères , une rougeur foncée et inflammatoire à la surface interne de ces vaisseaux , et même de tout le système veineux.

Que conclure de ces faits ? qu'ils se rapportent certainement à l'inflammation des veines , mais que les auteurs qui les ont publiés n'ont point aperçu ou du moins n'ont pas signalé ce rapport.

C'est au zèle infatigable des pathologistes modernes que nous sommes redevables de travaux assez nombreux sur cette phlegmasie pour pouvoir en fixer la symptomatologie et les moyens thérapeutiques. A la fin du dernier siècle, nous citerons en Angleterre *J. Hunter* (2), *Abernethy*, *Travers* ; *Sasse* (3), *Meckel* (4), en Allemagne ; *Paletta* (5), en Italie.

J. Hunter a la gloire d'avoir le premier observé et décrit l'inflamma-

(1) Epist. de curand. hom. morb., §§ cxviii et ccv.

(2) *Hunter*, Medical commentary, vol. III, p. 1 et 430.

(3) *Sasse*, Dissert. de vasorum sanguiferorum infl. Hall., 1797.

(4) *Meckel*, ouvrage de *Sasse*.

(5) *Paletta*, Exercitationes pathologicæ, cap. iii. Ses obs. sont de 1787.

tion des veines produite par la phlébotomie. Ses travaux ont puissamment concouru à éclairer l'histoire de la phlébite. Il a un des premiers reconnu que cette affection se développait dans le moignon des amputés ; c'est même à cette phlegmasie qu'il attribuait le gonflement et la douleur qui, dans certains cas, s'emparent de la plaie. Il ajouta beaucoup aux travaux de *Sasse* et de *Meckel*.

Après les recherches de *Hunter*, les plus précieuses sont celles de *Sasse*. Il fit des expériences sur les animaux vivans, et *Meckel* le père lui communiqua des observations fort importantes et entièrement neuves sur l'inflammation de la veine ombilicale et de tout le système veineux hépatique chez les nouveau-nés, à la suite d'un érysipèle, d'une hernie étranglée ou d'une affection interne. Le même anatomiste communiqua à *Sasse* plusieurs observations extrêmement curieuses de phlébite chez des femmes en couche. *Meckel*, à la suite d'une observation de phlébite chez une nouvelle accouchée, fait une réflexion qui mérite d'être reproduite. « Quoique plusieurs choses, dit-il, aient concouru à rendre la maladie mortelle, je ne crains pas d'affirmer que c'est la lésion des veines qui a causé directement la mort, tant par l'irritation locale, dont les douleurs atroces éprouvées par la malade attestaient assez la violence, que par le mélange qui s'opérait entre le sang et le pus fourni par les parois veineuses ; mélange assurément bien capable de jeter un trouble profond dans l'organisme. (Observation, ouvrage de *Sasse* cité.)

Vingt ans auparavant, *Paletta* avait publié sur ce sujet des observations et des réflexions dignes de remarque.

Travers étudia avec beaucoup de soin la phlébite qui succède à l'amputation des membres, à la ligature des veines ou à l'excision des varices.

Bichat (1), *Clarke*, *Wilson*, donnent aussi des observations de phlébite.

(1) *Bichat*, Anat. gén., tom. I, p. 70.

Dès-lors les observations de phlébite locale se multiplièrent; dès-lors aussi un grand nombre de travaux, parmi lesquels se distinguent ceux de MM. *Hodgson*, *A. Cooper*, *Ribes*, *Breschet*, *Marjolin*, et récemment ceux de MM. *Velpeau*, *Dance*, *Blandin*, *Legallois*, *Marchal*, *Arnold*, sont venus agrandir le domaine de la science.

Hodgson (1) a laissé un traité spécial; il n'a pas craint d'attribuer au mélange du pus avec le sang et à son influence sur le système nerveux les symptômes d'irritation constitutionnelle et de prostration que l'on observe dans la dernière période. M. *Ribes* (2), qui le premier en France a publié des mémoires intéressans sur la phlébite, dont il a donné d'excellentes observations, distingue les cas où le pus est formé dans les veines enflammées, de celui où, provenant d'un abcès ou d'une surface suppurée plus ou moins éloignée, il est porté dans les vaisseaux par absorption.

Abernethy (3) traita avec assez de détails les accidens de la phlébotomie.

M. *Breschet* (4), qui réunit en un corps de doctrine complet tous les faits que possédait la science, donna à l'inflammation des veines le nom de phlébite, qui a été adopté, et étudia cette maladie dans ses rapports de causalité avec la phlébotomie, l'excision et la ligature des veines, les amputations, la ligature du cordon ombilical, les couches, etc. Le seul reproche que l'on puisse peut-être adresser à cet auteur est de ne pas avoir assez insisté sur la véritable cause des symptômes généraux qui amènent la mort, et de ne pas avoir décrit les collections purulentes consécutives à la phlébite, qui constituent un des points les plus importants de son histoire. Ce travail toutefois

(1) *Hodgson*, Treatise, etc., London, 1815.

(2) *Ribes*, huitième volume des Mémoires de la Soc. méd. d'émul. de Paris, 1816. — Revue médicale, 1825.

(3) On the all consequences sometimes succeeding to venesection. Lond., 1817.

(4) *Breschet*, traduct. de *Hodgson*, tom. II, p. 387. Paris, 1819.

ne laisse pas que d'offrir de l'intérêt, en ce qu'il a fixé l'attention sur une maladie fréquente, qu'il a précisé les points de départ et conduit à de nouvelles recherches. On se borna, pendant les quatre ou cinq années qui suivirent, à réunir des faits, à les comparer, à opposer les lésions aux symptômes; mais, à partir de 1824, l'étude de la phlébite prit un nouvel essor. M. *Ribes* (1) continua son premier mémoire; MM. *Velpeau* (2), *Dance* (3), *Blandin* (4), *Legallois* (5), *Marechal* (6), *Arnold* (7), firent paraître des travaux d'un haut intérêt. *Marechal*, victime de la maladie sur laquelle il avait contribué à répandre tant de lumières, nous a laissé une thèse excellente, où il a consigné ses recherches sur certaines altérations qui se développent au sein des principaux viscères à la suite des blessures ou des opérations.

Je terminerai cet exposé historique en citant celui dont on ne saurait trop louer le génie observateur et la grande perspicacité, *Dance*, qui, par les observations les plus précises et par les discussions les plus profondes, a tant éclairé tous les points principaux de l'histoire de la phlébite; son beau travail est trop connu pour qu'il soit nécessaire de rappeler ici tout ce qu'il contient d'excellent.

(1) *Revue médicale*, 1825.

(2) *Arch. gén. de méd.*, 1824. — *Th. ad agr.*, 1824. — De la pleur. des opér., de 1826; *Revue méd.*, an 1826.

(3) De la Phlébite utérine et de la Phlébite en général, *Bibliothèque médicale*, juillet 1828. — *Archives*, décembre 1828. — Janvier, février 1829. — *Revue médicale*, mars 1829.

(4) *Blandin*, Thèse. — *Journal hebdomadaire*, 1829.

(5) *Legallois*, *Journal hebdomadaire*, 1829.

(6) *Marechal*, Thèse, 1828.

(7) *Arnold*, t. XIV des *Transactions de la Société médico-chirurgicale de Londres*.

Description de la phlébite.

Après avoir exposé les caractères anatomiques , nous étudierons les symptômes , la marche , la durée , les terminaisons , le pronostic , le diagnostic , et nous terminerons par l'étiologie et le traitement.

Caractères anatomiques.

Les caractères anatomiques de l'inflammation des veines s'observent en dehors du vaisseau , dans son épaisseur et dans sa cavité. En dehors, si surtout la veine est superficielle, l'inflammation se propage, gagne la couche celluleuse et les tégumens du membre ; la peau et le tissu cellulaire sont enflammés dans une étendue plus ou moins grande, durs, criant sous le scalpel, quelquefois suppurés, gangrénés, remplis d'un liquide brun sanieux. La membrane externe, injectée, tuméfiée, dure, épaisse, recouverte quelquefois de bourgeons charnus, se confond avec la tunique interne. L'étude de la cavité du vaisseau est encore plus importante.

La paroi interne est tantôt lisse, tantôt inégale, quelquefois ulcérée, corrodée dans une plus ou moins grande étendue, surtout quand la membrane interne a été long-temps soumise à l'action inflammatoire ; et dans la phlébite suite de la saignée, on rencontre fort souvent un petit ulcère à l'endroit de la piqûre ; d'autres fois, cette membrane est épaissie ou amincie, friable, ramollie, lardacée : on y remarque des bourgeons que M. Dupuytren appelle *bourgeons charnus* ou *vasculaires*. Souvent, dans l'intérieur du canal, on ne trouve aucun liquide, ou bien un fluide séreux sanguinolent qui tantôt circule dans les veines, tantôt reste stagnant, ou bien du pus mêlé au sang, ou pur ; on trouve aussi une tunique ou fausse membrane interne, molle ou résistante.

La rougeur partielle ou générale a été donnée comme caractère ; seule elle ne peut suffire pour établir l'existence d'une phlébite, car

elle est souvent un effet cadavérique : d'où il suit, d'après M. *Andral*, que l'on peut établir en principe que, dans les veines encore plus que dans les artères, la seule existence de la rougeur ne peut être donnée comme preuve de l'état morbide de ces vaisseaux; ce caractère cependant peut être admis, s'il existe avec des lésions de nutrition, telles que le ramollissement ou l'épaississement de la membrane interne; des perforations, des ulcérations rares, il est vrai (*Morgagni*, épit. 53, et *Portal*, Anat. méd., en rapportent des exemples), avec des lésions de sécrétion qui sont tantôt un épanchement de matière plastique, tantôt une pseudo-membrane; des concrétions canaliculées contenant du pus; enfin, l'oblitération, considérée comme une terminaison de la phlébite, qui se concilie avec la guérison, et que l'on observe assez souvent.

Le pus que l'on rencontre dans les veines peut être le produit de l'inflammation de ces vaisseaux, ou y avoir été introduit par absorption; aussi sa présence n'est-elle pas une preuve suffisante de la phlébite. « La présence du pus, dit *Marechal* (thèse, 1828), dans les veines dont les parois ne présentent aucune trace d'inflammation, est une chose incontestable; c'est un fait qui ne peut être mis en doute. Les veines qui contiennent ce liquide étranger, ajoute-t-il, présentent dans quelques cas les traces les plus évidentes d'une phlébite intense; mais les parois de ces vaisseaux, dans lesquels la circulation continue alors à se faire, sont quelquefois, au contraire, dans un état parfait d'intégrité qui contraste avec le liquide qu'elles entourent. » M. *Ribes* est le premier, je crois, qui ait signalé ce fait, qui depuis a été vérifié par MM. *Durocher*, *Clément*, *Velpéau*, *Andral*, *Breschet*, etc.

Plusieurs engorgemens purulens dans divers organes, tels que le foie, le cerveau, surtout les poumons, les articulations, ont été considérés comme caractères propres de la phlébite. On en rencontre, il est vrai, dans l'inflammation des veines; mais des observations prouvent qu'ils peuvent exister sans être un effet nécessaire de la phlébite.

Symptômes.

Nous les diviserons en locaux et généraux.

Symptômes locaux. Douleur d'abord peu intense, gonflement du tissu cellulaire voisin, quelquefois rougeur de la peau, sa tension, sa rénitence le long du trajet de la veine, si surtout la veine est sous-cutanée, ce que l'on observe presque toujours dans la phlébite qui survient après l'opération de la saignée; exaltation de la sensibilité par la pression, gêne dans les mouvemens du membre; plus tard elle envahit une plus grande partie du vaisseau, qui se dessine sous la peau de manière à présenter une ligne inégale, tendue, noueuse, douloureuse, de couleur variable, affectant la direction du cours du sang. S'il y a une petite plaie, on peut voir sortir du sang altéré ou du pus plus ou moins épais par l'orifice de la veine, si surtout on exerce une pression de haut en bas sur le trajet du vaisseau; dans ce cas, peu après la lésion de la veine il survient de la douleur dans la plaie; le gonflement ne tarde pas; la plaie ne se réunit pas par première intention, ses bords deviennent durs, ou, s'il y a cicatrisation, un abcès se forme sous la cicatrice et bientôt la déchire; les douleurs généralement se dirigent plus particulièrement du côté du cœur que vers les extrémités; cependant on les observe quelquefois en sens inverse, ce qu'expliquent les lésions trouvées après la mort; elles augmentent par la pression: aussi ont-elles été prises pour des douleurs rhumatismales. Une sensation brûlante suit la même direction que la douleur. Tels sont les symptômes locaux ou la première période.

Il est rare que l'inflammation d'une veine, si elle a quelque développement, ne soit pas accompagnée d'un trouble général, ou d'un véritable état fébrile, dont l'intensité varie suivant celle de l'inflammation, suivant l'étendue de la maladie, son siège, l'importance du vaisseau et la tendance vers telle ou telle terminaison.

Symptômes généraux ou deuxième période.

Si l'art ne peut, à l'aide de moyens bien entendus, arrêter la marche dans la première période, ordinairement tout à coup, et après des frissons violens et prolongés, qui se répètent quelquefois avec une certaine périodicité, comme dans les fièvres intermittentes, on voit surgir une foule de symptômes graves, qui semblent provenir des principaux foyers de la vie, et annoncer en même temps une influence délétère portée sur l'organisme, savoir : un changement rapide dans l'expression de la face, un grand sentiment de faiblesse, un délire vague, irrégulier, redoublant ordinairement la nuit; des douleurs que rien ne motive en apparence, et qui peuvent se développer en diverses régions, dans la poitrine, à la tête, l'abdomen, au centre d'une articulation; le plus souvent une insensibilité complète. Cependant la langue rougit, se dessèche, se couvre d'un enduit noirâtre; le ventre se météorise, du dévoiement survient; la parole est brève, la respiration accélérée, anxieuse; quelquefois de la toux sans expectoration; enfin les malades tombent dans cet état qui est propre aux fièvres ataxique ou adynamique; la langue est tremblante, les lèvres agitées de mouvemens convulsifs; des soubresauts des tendons surviennent; stupeur, quelquefois délire réel; prostration; décubitus sur le dos; insensibilité générale. Mort.

Marche.

Ce qui a lieu pour la marche de l'inflammation des veines superficielles des membres, se remarque aussi dans celle des veines profondes, avec cette différence, pourtant, que dans ce dernier cas les phénomènes physiques locaux sont moins appréciables au début, et que la maladie semble se déclarer par du malaise, des frissons, de l'anxiété, sans douleurs appréciables par le malade au point de départ de l'affection. La phlébite se présente presque toujours à l'état aigu. M. *Fouquier* a observé un cas qui nous montre qu'elle peut affecter le type rémittent.

Il n'est pas aussi contraire au bon sens d'admettre une phlébite

chronique : ne pourrait-on pas raisonnablement considérer l'œdème de la partie inférieure des jambes, chez les personnes affectées d'ulcères variqueux, en voyant le rapport qui existe entre cet œdème et la *phlegmasia alba dolens*, comme l'effet d'un rétrécissement ou oblitération des veines causés par une phlébite chronique ?

Durée.

La durée de la phlébite est trop variable pour que l'on puisse l'indiquer même approximativement : les causes qui déterminent ou entretiennent la maladie, le mode de traitement, les complications, sont autant de motifs qui empêchent de la préciser ; cependant il est rare qu'elle se prolonge au-delà de la sixième semaine. En général, cette phlegmasie cède aux moyens qu'on lui oppose dès les premiers jours, ou devient promptement mortelle.

Terminaisons.

La phlébite peut se terminer par résolution, par l'oblitération de la veine, terminaisons qui se concilient avec la guérison. Par ulcération, elle est rare, mais elle paraît avoir été observée par *Morgagni* et *Portal* ; enfin par suppuration, mode de terminaison presque toujours mortel.

Prognostic.

Il varie selon le siège de l'inflammation, la cause qui lui a donné lieu ; si elle affecte un point quelconque de la vie organique, ce qui n'est pas toujours facile à constater, elle est beaucoup plus redoutable, à cause des désordres qu'elle apporte dans tel ou tel organe, et du peu d'efficacité des moyens que nous avons pour la combattre. La phlébite des membres n'offre pas non plus le même caractère de gravité, selon qu'elle est due à la lésion pure et simple du vaisseau placé plus ou moins profondément, ou à l'inoculation d'un principe mor-

bide; dans le premier cas, elle est ordinairement peu grave, et cède facilement à un traitement bien dirigé; dans l'autre, au contraire, nos ressources sont presque toujours insuffisantes pour arrêter la maladie.

Diagnostic.

La phlébite, souvent difficile, quelquefois même impossible à reconnaître, lorsque l'inflammation occupe une veine profonde, surtout une de celles contenues dans les grandes cavités, la phlébite, dis-je, ne peut pas échapper à un examen attentif, quand les veines superficielles en sont le siège. La lésion d'un nerf, l'inflammation d'une artère ou de vaisseaux lymphatiques, sont les seules maladies avec lesquelles on pourrait la confondre au premier coup d'œil; mais avec une scrupuleuse attention on parvient aisément à les distinguer, en discutant les signes comparatifs et différentiels qui existent. Quant à la phlébite profonde, dont le diagnostic est hérissé de tant de difficultés, c'est en donnant l'attention la plus soutenue à toutes les circonstances de la maladie, et étudiant ses causes, son mode de développement, ses symptômes, les modifications survenues dans la forme, la couleur, la mobilité des parties, dans la circulation, les caractères de la douleur, etc., que l'on arrivera à la connaître.

Étiologie.

Nous diviserons les causes de la phlébite en causes immédiates ou directes, et médiates ou indirectes.

Causes immédiates ou directes. La phlébotomie, la section, l'incision, l'excision, la cautérisation, la compression, la simple ponction, la ligature des veines, dans le traitement des varices; les plaies par arrachement, d'armes à feu, celles qui résultent des amputations en général (1), de l'ablation d'une tumeur; les fractures, surtout les frac-

(1) *Hunter, Travers, MM. Breschet, Lisfranc,*

tures compliquées d'ouverture à la peau, d'esquilles de suppuration abondante avec lésion des veines; la taille sous-pubienne (*Marechal* et *M. Blandin*); l'opération de la fistule à l'anus, la ligature du cordon ombilical (1); la compression, le tamponnement des plaies qui contiennent des veines dans leur étendue; l'avortement, l'arrachement du placenta (*Dance*).

Causes médiales ou indirectes. Les ulcères, en général, offrant de larges surfaces en suppuration, en rapport direct avec des veines; les plaies très-étendues; les fractures comminutives compliquées de plaies, de déchirures aux parties molles, de suppurations abondantes et profondes, de gangrène, mais sans lésion des veines; les ulcères avec carie, la pourriture d'hôpital, les engelures, l'érysipèle (*Ribes*); les ulcères de la verge (*Desruelles*), l'accouchement.

Causes générales. Il est difficile de ne pas admettre, dans certains cas, l'action réelle d'une cause, soit atmosphérique, soit individuelle; ainsi plusieurs praticiens recommandables ont observé qu'à la même époque l'opération de la saignée est devenue l'occasion de plusieurs phlébites graves, attaquant certains individus de préférence à d'autres, quoique tout fût égal d'ailleurs. Je pense que l'air atmosphérique, dans certaines circonstances, facilite le développement de la phlébite; qu'il détermine surtout l'action des causes indirectes, en faisant subir au pus certaines modifications qui le rendent capable de produire l'inflammation des veines. En effet, de nombreuses observations prouvent son influence sur le développement de cette phlegmasie chez les femmes en couches.

Traitement.

Le traitement prophylactique consiste, autant que possible, dans l'éloignement de tous les agens capables de favoriser son développe-

(1) *Meckel, Oslanders, M. Breschet.*

ment. Ainsi, dans les cas de phlébotomie, on se gardera de plonger à plusieurs reprises l'instrument dans la même solution de continuité, lorsque la première fois on n'aura pu obtenir un beau jet de sang; si l'on veut, quelques heures après la première saignée, obtenir l'écoulement d'une nouvelle quantité de sang, l'introduction d'un stylet, de la tête d'une épingle dans la plaie, ne devra jamais être mise en usage. On se gardera, quand on est obligé de répéter la saignée dans un court espace de temps, de pratiquer les piqûres sur le même membre et sur le même vaisseau. Pendant l'écoulement du sang, les frictions auxquelles on est obligé quelquefois d'avoir recours devront être bornées, exercées avec une certaine douceur et sans une trop forte pression. On devra se servir d'une lancette propre, non oxydée et surtout bien acérée; il ne faudra jamais, pour arrêter le sang qui continue à couler malgré la compression exercée par le bandage, pincer la veine et les tégumens, et exercer une torsion, car cette manœuvre peut être suivie de graves accidens. Après la saignée du pied, des marches intempestives et forcées, des pédiluves sinapisés quelques heures après l'opération, l'application immédiate de tissus irritans sur la petite plaie, sont autant de causes de la phlegmasie des veines contre lesquelles il faudra toujours savoir se prémunir d'avance.

La première indication à remplir dans le traitement de la phlébite est de combattre la maladie dès son début, afin de prévenir les symptômes généraux. Est-elle légère, peu étendue dans son début, quelques moyens locaux hygiéniques suffisent pour qu'elle se termine par résolution. Les moyens qui réussissent dans cette circonstance sont le repos absolu de la partie affectée, l'application de lotions émollientes, rendues calmantes ou sédatives; l'emploi de fomentations et de cataplasmes émolliens arrosés avec le laudanum de *Sydenham* ou avec l'acétate de plomb; une diète légère, l'éloignement enfin de tous les agens excitans. Si la maladie ne cède pas à ces moyens, si elle fait des progrès, il faut avoir recours à une thérapeutique plus active; la saignée générale peut devenir nécessaire, indis-

pensable. Si le sujet est fort, vigoureux, l'application d'un certain nombre de sangsues, suivant le trajet de la veine et autour du point tuméfié, produit des effets avantageux ; si ces moyens ne suffisent pas pour arrêter la marche de la phlébite, si elle tend à se déplacer pour sévir sur une veine d'un plus gros calibre, on doit la poursuivre à outrance partout où elle se montre. On doit alors appliquer au moins trente sangsues au-dessus du point enflammé ; si une première application ne suffit pas, on la réitère suivant l'état du malade. Il est inutile d'exposer ici que l'emploi des émolliens, les bains locaux, une diète sévère, le repos, sont des moyens qui contribuent puissamment à la guérison de la phlegmasie. Il devient impossible quelquefois de s'opposer à la formation d'un ou de plusieurs abcès sur le trajet de la veine et dans le tissu cellulaire environnant ; lorsque la fluctuation est manifeste, on doit donner issue au pus par des incisions convenablement dirigées, et assez tôt pour qu'il ne fuse pas le long des vaisseaux et des tendons.

Hunter, Reil, Abernethy, ont conseillé la compression sur un point élevé du vaisseau, dans le but d'amener son oblitération. *M. Breschet* propose la section transversale de la veine : on s'opposerait ainsi, selon cet auteur, au passage du pus dans la circulation. Un tel moyen serait d'un avantage immense ; mais à quelle époque faudrait-il le mettre en usage ? et lorsque le pus existe, l'inflammation ne s'est-elle pas étendue trop loin et à trop de veines pour que l'on puisse l'employer. Telles sont les indications curatives que l'on doit mettre en usage dans la première période de la phlébite pour empêcher le transport du pus dans la circulation ; mais lorsque les symptômes généraux apparaissent, lorsque les signes de l'infection purulente existent, que faire ? Il faut l'avouer avec peine, la thérapeutique est presque toujours en défaut. Les saignées les plus abondantes et les plus multipliées sont impuissantes en pareilles circonstances ; on a conseillé d'exciter des dépurations critiques : ainsi on doit employer les sudorifiques et les diurétiques. *MM. Blandin et Marjolin* ont obtenu de bons résultats de ce mode de traitement combiné avec l'action

de vésicatoires volans. On a recommandé le sulfate de quinine pour supprimer le retour périodique des frissons, soutenir et relever les forces. Les purgatifs répétés et les excitans, dont les anciens faisaient un si fréquent usage dans quelques cas de fièvre grave, pourraient être essayés. Les mercuriaux, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, ont été employés avec avantage par M. *Récamier*; *Dance* dit en avoir obtenu de bons résultats, sinon la guérison; du moins ils ont, dit-il, ralenti la marche de la maladie. Il en est de même des antimoniaux et de l'émétique à haute dose, surtout ce dernier, que *Laennec* a employé avec tant de succès à l'hôpital de la Charité. Je termine en disant avec *Dance* que, bien que ces tentatives et ces vues ne constituent encore que des données tout à-fait incertaines, elles ne doivent point être dédaignées: de nouvelles même doivent être mises en avant, car le mal ne guérit point de lui-même; la thérapeutique ne court du reste que les chances de l'insuccès: trop heureux si, par ses essais, elle parvenait à détourner un des accidens qui, après les opérations en particulier, vient le plus souvent frustrer l'homme de l'art des bienfaits qu'il en attend au moment même où tout lui semble marcher à son gré.

PROPOSITIONS.

I.

La phlébite grave marche ordinairement vers le cœur, à partir du point où elle a pris naissance.

II.

La phlébite est souvent accompagnée d'une oblitération de la veine enflammée, et quelquefois cette oblitération borne la marche de la maladie.

III.

Parfois on voit la phlébite s'étendre en s'éloignant du cœur.

IV.

La phlébite, toutes choses égales d'ailleurs, est une inflammation des plus graves, comparativement à l'étendue des surfaces enflammées.

V.

Les abcès du poumon ou des autres organes sont-ils nécessairement le résultat de la phlébite ? ou, en d'autres termes, le pus qui leur donne naissance est-il toujours produit par l'inflammation des veines ? Quelques médecins ne reconnaissent que cette condition à leur formation ; je pense, avec MM. *Ribes*, *Andral*, *Velpeau*, *Marechal* et autres, qu'elle n'est point indispensable. M. *Andral* (Précis d'anatomie pathologique, tom II, pag. 408) s'exprime ainsi : « Le pus qui remplit les cavités veineuses peut y avoir pris naissance, ou y avoir été porté, absorbé qu'il a été dans un point quelconque de l'économie. » M. *Velpeau*, chez plusieurs femmes mortes de métrô-péritonite, a reconnu la matière putrilagineuse de l'utérus dans les sinus veineux de cet organe, et s'est assuré qu'aucune veine n'était enflammée. M. *Ribes*, dans des cas d'abcès au foie, aux poumons, a trouvé les veines tantôt avec et tantôt sans altération de ces vaisseaux. *Marechal* (Thèse, 1828, déjà citée) dit que l'existence d'abcès dans les poumons, le foie, sans aucune trace d'inflammation des veines, est une chose incontestable, un fait qui ne peut être mis en doute.

OBSERVATION. — *Abcès dans le foie et les poumons sans altérations des veines.*

Le 28 janvier 1833, le nommé Claude-François Bourgeois, âgé de trente-sept ans, d'une constitution robuste, fut apporté à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, n° 13, ayant une fracture du tibia et du péroné, à leur partie moyenne, compliquée de cinq ou six plaies étroites, causée par la chute d'un tonneau pesant

huit cents livres ; la jambe fut convenablement pansée. Le malade , mis à la diète, fut saigné six fois du 28 janvier au 7 février ; son état n'offrit rien de particulier pendant ce temps ; seulement il se plaignait de légères douleurs de tête. — Le 6, on s'aperçut qu'à la partie supérieure et inférieure de l'appareil il se trouvait une petite quantité de suppuration fétide et brune. — Le 7, douleurs de tête assez fortes ; de la jambe , nulles ; frisson et fièvre ; délire ; mouvemens convulsifs. Le soir , céphalalgie moins forte ; face rouge ; peau chaude , suante ; pouls petit et fréquent ; le malade parle beaucoup , vite ; ses idées ne paraissent pas très-nettes.

Le 8, on lève l'appareil , qui fut trouvé baigné de pus et de sanie , les compresses trempées d'un pus noirâtre , la peau tombée en suppuration , en gangrène , là où elle était le plus contuse. Dès-lors , l'état général du malade présenta plus de danger que l'état local.

Le 9, point de douleurs à la jambe ; céphalalgie , fièvre , faiblesse. Le soir , Bourgeois s'est senti plus mal ; douleurs à la poitrine ; toux , point d'expectoration ; nuit agitée.

Le 10, le malade ne souffre pas de la jambe ; douleurs fortes à la poitrine ; respiration gênée , assoupissement ; les membres supérieurs agités de mouvemens convulsifs ; il parle et répond avec justesse , mais sans regarder la personne qui l'interroge ; la peau pâle , chaude , couverte de sueur ; pouls petit , fréquent ; douleur de tête nulle ; nausées ; soif vive ; grande difficulté d'expectoration , toux ; respiration difficile. Le pansement de la fracture donne une grande quantité de pus. Le malade n'éprouve aucune douleur à la jambe. (Vésicatoire camphré à la base de la poitrine).

Le 10, faiblesse extrême ; abattement ; pouls plus fort , mais fréquent ; douleurs nulles ; oppression ; expectoration difficile ; soif vive ; pommets rouges ; le reste de la peau pâle , point sèche. (Infusion de polygala ; julep.)

Le 11, affaissement considérable ; céphalalgie nulle ; respiration difficile ; sueurs abondantes ; dévoiement ; délire dans la journée , al-

ternant avec le coma ; le malade parle bas et vite ; paroles sans suite ; pommettes rouges ; yeux hagards ; le pouls petit ; soif vive. (Mort le 12 , à cinq heures du matin , après une nuit très-agitée).

Nécropsie.

Le foyer de la fracture était baigné de suppuration ; les veines du membre furent suivies et examinées avec beaucoup de soin , pour y chercher des traces d'inflammation et du pus ; elles furent trouvées parfaitement saines , ainsi que celles du reste du corps.

Le cerveau sain.

Les poumons étaient à leur surface parsemés d'une vingtaine de taches jaunes , grenues , isolées les unes des autres , et larges comme une lentille. Quelques autres de même nature existaient plus profondément , et on les sentait facilement sous les doigts. Lorsqu'on les incisait , on les voyait composées de petits grains extrêmement fins , jaunes , d'une consistance assez forte , se rapprochant de celle de la graisse. La pression en faisait sortir du pus , que l'on reconnaissait facilement.

Le foie présentait une altération plus remarquable ; dans cinq ou six points de la surface de son lobe droit existaient des collections de pus dont la grosseur variait depuis celle d'une noix jusqu'à celle d'un œuf de poule , du même aspect que celui présenté par les points lenticulaires trouvés dans les poumons. Dans tous les points correspondant à ces collections superficielles , tant au foie qu'au poumon , la séreuse était enflammée ; la vésicule biliaire était très-distendue par de la bile verte. Le reste du corps présentait un état d'anémie très-marqué.

VI.

Il n'y a dans l'homme vivant que des organes en exercice ; lorsque ces organes sont sains , les fonctions (c'est-à-dire les mouvemens de ces organes) sont saines , dans leur état normal , physiologique ; si

les organes sont altérés , leurs mouvemens sont irréguliers , les fonctions sont dans un état pathologique.

VII.

Il est impossible qu'un seul et même traitement convienne dans toutes les circonstances ; il devra non-seulement varier du plus au moins , mais être quelquefois opposé. (*Rostan* , Cours de médecine clinique.)

VIII.

Dans les affections chroniques du poumon , des bronches , des plèvres , s'il y a des signes d'irritation , on les combat par des saignées locales ; puis on applique des dérivatifs , principalement à l'extérieur et le plus près possible du point affecté (vésicaux , sétons , moxas , cautères sur les parois thoraciques ou sur les extrémités supérieures.) On cherche surtout à rappeler les fonctions de la peau par des rubéfactations , des frictions , l'usage des flanelles , des bains de sable chaud. Le régime doit être analeptique , mais le moins excitant possible ; l'atmosphère doit être sèche et modérément chaude.

IX.

Avant d'entreprendre une opération chirurgicale grave (à moins qu'elle ne soit indispensable sur-le-champ) , il faut soigneusement examiner l'état des viscères : s'il y a une irritation aiguë , la combattre ; le précepte est le même si elle est chronique , car celle-ci pourrait être arrivée par l'opération. S'il y a une désorganisation avancée , ou état maladif presque général , il faut s'en tenir aux soins palliatifs , et ne pas opérer.

X.

Après une opération importante , pendant laquelle on n'a pas la certitude d'avoir lié tous les petits vaisseaux capables de fournir une hémorrhagie consécutive , il faut attendre au moins une heure avant d'appliquer le premier appareil ; pendant ce temps , la plaie doit être couverte par un linge , et à l'abri des agens extérieurs.

FIN.